Pharmakologische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Polypharmazie ist Usus – obwohl es dafür keinerlei Empfehlungen gibt

Fragestellung: Wie werden Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) während eines stationären Aufenthaltes pharmakologisch behandelt?

Hintergrund: Für die Behandlung einer BPS sind keine Medikamente zugelassen. Dennoch werden in der klinischen Praxis viele Patienten psychopharmakologisch betreut, um Symptome wie emotionale Instabilität, Impulsivität, Erregungszustände oder psychosenahes Erleben in den Griff zu bekommen. Die Autoren haben in einem naturalistischen Setting an deutschsprachigen Kliniken untersucht, wie BPS-Patienten medikamentös geholfen werden kann.

Bridler R, Häberle A, Müller ST et al. Psychopharmacological treatment of 2195 inpatients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. Eur Neuropsychopharmacol 2015; 25: 763 – 72

Patienten und Methodik: Im Rahmen des Projekts Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (AMSP) wurde zwischen 2001 und 2011 die medikamentöse Therapie an festgelegten Stichtagen bei 2.195 in bis zu 58 Kliniken

stationär behandelten Patienten erfasst und Mittelwerte, Konfidenzintervalle sowie Regressionsanalysen berechnet. Die Kliniken befanden sich vornehmlich in Deutschland, in der Schweiz und Österreich sowie teilweise in Belgien und Ungarn.

Ergebnisse: 70 % aller BPS-Patienten wurden mit Antipsychotika und/oder Antidepressiva behandelt, 33 % mit Antikonvulsiva, 30 % mit Benzodiazepinen und 4 % mit Lithium. 90 % erhielten zur gleichen Zeit mindestens ein, 80 % mindestens zwei und 54 % mindestens drei Psychopharmaka. Die Verschreibungsraten für Quetiapin, das am häufigsten verschriebene Einzelmedikament (22 %), stiegen signifikant im Lauf der Jahre an. Im Vergleich zur Behandlung von Patienten mit unipolarer Depression oder Schizophrenie wurden die zwischen 18 und 40 Jahre alten BPS-Patientinnen häufiger mit sedierenden Antipsychotika (Quetiapin, Levomepromazin, Chlorprotixen) oder Stimmungsstabilisierern (Carbamazepin, Valproat) behandelt.

Schlussfolgerungen: Fast alle BPS-Patienten werden pharmakologisch und mit Polypharmazie behandelt, obwohl es dafür keine Leitlinienempfehlung oder Zulassung gibt.

– **Kommentar** von Klaus Lieb, Mainz

Quetiapin trotz geringer Evidenz Spitzenreiter

Die Hauptschwäche der Studie ist sicherlich, dass keine strukturierten Diagnosen gestellt wurden, sondern die pharmakologische Behandlung an Stichtagen und unter Verwendung von klinischen Diagnosen erfasst wurde. Das wird aber durch die hohe Zahl an Patienten wettgemacht, und so ergibt sich eine gutes Bild der stationären Versorgungslandschaft.

Wir haben in unserem Cochrane-Review gezeigt, dass für Medikamente zur BPS-Behandlung durchaus randomisiert kontrollierte Therapiestudien vorliegen, die zumindest in mehreren Studien Wirksamkeitsnachweise erbringen [1]. Dennoch ist die Evidenzlage dünn, auch für Quetiapin, für das nur eine randomisierte Studie mit fraglichen Effekten vorliegt [2]. Wir empfehlen daher: Medikamente sollten bei BPS wenn überhaupt, dann nur kurzfristig und mit klaren Zielen verordnet werden. Polypharmazie ist wann immer möglich zu vermeiden. Bei Kriseninterventionen sollte die Medikation möglichst nicht verändert und wenn doch, dann schnell wieder reduziert werden. An Einzelsubstanzen sollten solche mit hohem toxischem Potenzial bei Überdosierung, Medikamente mit hohem metabolischem Risiko, Olanzapin wegen Hinweisen auf gesteigerte Suizidalität [1] und SSRI wegen erwiesener Wirkungslosigkeit (außer es liegt eine depressive Störung vor) vermieden werden. Stimmungsstabilisierer können für definierte Zeiträume und mit Festlegung der Zielsymptomatik ver-

sucht, sollten aber bei Wirkungslosigkeit auch wieder abgesetzt werden. Wenn möglich, sollten BPS-Patienten eine störungsspezifische Psychotherapie erhalten, wobei die Evidenzlage für die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) am besten ist, gefolgt von mentalisierungsbasierter, Schema- und übertragungsfokussierter Therapie. Ist keine Einzeltherapie verfügbar, sollte zumindest eine DBT-Skills-Gruppe angeboten werden, für die eine gute Wirksamkeit gezeigt wurde [3].

Referenzen:

1. Lieb K et al. Br J Psychiatry 2010; 196: 4 – 12
2. Black DW et al. Am J Psychiatry 2014; 171: 1174 – 82
3. Linehan MM et al. JAMA Psychiatry 2015; 72: 475 – 82

Prof. Dr. med. Klaus Lieb, Mainz

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
E-Mail: klaus.lieb@unimedizin-mainz.de